

Indice

Aviso de Medicare Parte D.....	2
Ley de derechos sobre la salud y el cáncer de la mujer	4
Ley de protección de la salud de las madres y los recién nacidos	4
Aviso de HIPAA sobre su derecho a una inscripción especial	5
Disponibilidad del aviso sobre las prácticas de privacidad	5
Aviso sobre la selección de proveedores	6
Asistencia con las primas bajo Medicaid y el Programa de Seguro de Salud para Menores (CHIP)	6
Descargo de responsabilidad de ACA.....	10
Ley de Divulgación de Cobertura del Consumidor de Illinois.....	11
Las Reglas "Sin Sorpresas"	13



Aviso de Medicare Parte D

Aviso importante de Blue Bottle Coffee, LLC

Dobre su cobertura de medicamentos recetados y Medicare

Por favor, lea este aviso cuidadosamente y guárdelo donde pueda encontrarlo. Este aviso contiene información sobre su cobertura actual de medicamentos recetados con Blue Bottle Coffee, LLC y sobre sus opciones bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Esta información puede ayudarlo a decidir si desea o no inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare. Si está considerando participar, analice su cobertura actual, incluyendo qué medicamentos están cubiertos y cuál es el costo, comparándola con la cobertura y los costos de los planes que ofrecen cobertura de medicamentos recetados de Medicare en su área. Al final de este aviso se incluye información sobre dónde puede obtener ayuda para tomar decisiones con respecto a su cobertura de medicamentos recetados.

Hay dos cosas importantes que usted necesita saber sobre su cobertura actual y la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

1. La cobertura de medicamentos recetados de Medicare comenzó en el 2006 para todas las personas con Medicare. Usted puede obtener esta cobertura si se inscribe en un plan de medicamentos recetados de Medicare o si se inscribe en un plan de Medicare Advantage (como un HMO o PPO) que ofrecen cobertura de medicamentos recetados. Todos los planes de medicamentos de Medicare ofrecen por lo menos un nivel de cobertura estándar establecido por Medicare. Algunos planes también pueden ofrecer más cobertura por una prima mensual más alta.
2. Blue Bottle Coffee, LLC ha determinado que se espera que la cobertura de medicamentos recetados que ofrece el plan Blue Bottle Coffee, LLC pague para todos los participantes regulares del plan, lo equivalente a lo que paga la cobertura estándar de medicamentos recetados de Medicare y por lo tanto, se considera Cobertura Acreditable. Debido a que su cobertura actual es una Cobertura Acreditable, usted puede quedarse con esta cobertura y no pagar una prima más alta (una sanción) si más adelante decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

¿Cuándo puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

Usted puede inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare cuando se vuelva elegible para recibir Medicare y luego cada año entre el 15 de octubre y el 7 de diciembre.

Sin embargo, si pierde su actual cobertura acreditable de medicamentos recetados, por causas ajenas a usted, también será elegible para un Período Especial de Inscripción (que en inglés se conoce como SEP) de dos (2) meses para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare.

¿Qué sucede con su cobertura actual si usted decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

Si decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare, su cobertura con Blue Bottle Coffee, LLC no se verá afectada. Vea más información a continuación sobre lo que sucede con su cobertura actual si se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare.

Debido a que la actual cobertura de medicamentos recetados bajo el plan Blue Bottle Coffee, LLC es acreditable (es decir que es equivalente a la cobertura de Medicare), usted puede mantener su cobertura actual de medicamentos recetados y puede elegir no inscribirse en un plan Parte D; o puede inscribirse en un plan Parte D como un complemento a su cobertura actual de medicamentos recetados, o en reemplazo de su cobertura actual.

Si usted decide inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare y abandonar su cobertura de medicamentos recetados de Blue Bottle Coffee, LLC, tome en cuenta que usted y sus dependientes pueden volver a obtener esta cobertura únicamente durante las inscripciones abiertas, o si ocurre algún evento que le otorgue el derecho a una inscripción especial de HIPAA.

¿Cuándo pagará una prima más alta (una sanción) por inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare?

También debe saber que si deja o pierde su cobertura actual con Blue Bottle Coffee, LLC y no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare en un plazo de 63 días seguidos, contados a partir de la finalización de su cobertura actual, usted podría pagar una prima más alta (una sanción) para inscribirse en un plan de medicamentos de Medicare más adelante.

Si usted pasa 63 días seguidos o más sin tener una cobertura acreditable de medicamentos recetados, su prima mensual podría elevarse por lo menos un 1% de la prima base de los beneficiarios de Medicare por mes, por cada mes que no tuvo esa cobertura. Por ejemplo, si usted pasa diecinueve meses sin tener cobertura acreditable, su prima podría ser por lo menos un 19% más alta que la prima base de los beneficiarios de Medicare. Usted podría tener que pagar esta prima más alta (una sanción) mientras tenga la cobertura de medicamentos recetados de Medicare. Además, usted podría tener que esperar hasta el próximo mes de octubre para inscribirse.

Para obtener más información sobre este aviso o sobre su cobertura actual de medicamentos recetados...

Comuníquese con la persona que se indica abajo para más información. NOTA: Usted recibirá este aviso cada año. También lo recibirá antes del próximo período en el que se podrá inscribir en un plan de medicamentos recetados de Medicare y si hay cambios en esta cobertura a través de Blue Bottle Coffee, LLC. Usted también puede pedir una copia de este aviso en cualquier momento.

Para obtener más información sobre las opciones que tiene bajo la cobertura de medicamentos recetados de Medicare...

En el manual “Medicare & You” (Medicare y Usted), podrá encontrar información más detallada sobre los planes de Medicare que ofrecen cobertura de medicamentos recetados. Cada año, Medicare le enviará una copia del manual por correo. También podría ser contactado directamente por los planes de medicamentos de Medicare.

Para obtener más información sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare:

Visite la página medicare.gov

Llame al programa de ayuda de los seguros de salud de su estado (vea la contraportada interior de la copia de su manual “Medicare & You” para el número de teléfono) a fin de obtener ayuda específica para su caso.

Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 877-486-2048.

Si usted tiene ingresos y recursos limitados, hay ayuda adicional disponible para pagar la cobertura del plan de medicamentos recetados de Medicare. Para obtener información sobre esta ayuda adicional, visite la página del Seguro Social en [socialsecurity.gov](https://www.socialsecurity.gov), o llame al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

Recuerde: Guarde este aviso sobre la Cobertura Acreditable. Si decide inscribirse en uno de los planes de medicamentos de Medicare, se le podría exigir que entregue una copia de este aviso al inscribirse, para demostrar si ha mantenido o no la cobertura acreditable y por lo tanto, si deberá pagar una prima más alta (una sanción) o no.

Fecha: 1 de enero 2026
Nombre de la Entidad/Emisor: Blue Bottle Coffee, LLC
Contacto—Puesto/Oficina: Recursos Humanos
Dirección: 476 9th Street, Oakland, California 94607
Número de teléfono: 510.350.3337

Ley de derechos sobre la salud y el cáncer de la mujer

Si usted se ha sometido o se va a someter a una mastectomía, podría tener derecho a ciertos beneficios bajo la ley de derechos sobre la salud y el cáncer de la mujer (WHCRA) de 1998. Para las personas que reciben beneficios relacionados con una mastectomía, la cobertura se ofrecerá de la manera que se determine luego de consultar con el médico de cabecera y la paciente para:

Todas las etapas de reconstrucción del seno donde se realizó la mastectomía;
La cirugía y la reconstrucción del otro seno para producir una apariencia simétrica;
La prótesis y
El tratamiento de las complicaciones físicas de la mastectomía, incluyendo linfedema.

Estos beneficios se proporcionarán estando sujetos a los mismos deducibles y coseguros que se aplican para otros beneficios médicos y quirúrgicos proporcionados bajo este plan. Si desea obtener más información sobre los beneficios de la ley de derechos sobre la salud y el cáncer de la mujer (WHCRA), llame al administrador de su plan al 510.350.3337.

Ley de protección de la salud de las madres y los recién nacidos

De acuerdo con la ley federal, por lo general los planes de salud de grupo y los emisores de seguros de salud no pueden reducir los beneficios de permanencia en el hospital que le corresponden a la madre o el recién nacido en conexión con el parto, acortando la estancia a menos de 48 horas luego de un parto vaginal, o a menos de 96 horas luego de una cesárea. Sin embargo, la ley federal, por lo general no prohíbe que el proveedor de servicios médicos de la madre o del recién nacido le dé de alta a la madre o al recién nacido antes de las 48 horas (o de las 96 horas, según corresponda), luego de consultar sobre esto con la madre. En cualquier caso, de acuerdo con la ley federal, los planes y los emisores de seguros de salud no pueden exigirle a un proveedor que obtenga la autorización del plan o del emisor del seguro para ordenar una duración de la estancia que no exceda las 48 horas (o 96 horas). Si desea más información sobre los beneficios de maternidad, llame al administrador de su plan al 510.350.3337.

Aviso de HIPAA sobre su derecho a una inscripción especial

Si usted se rehúsa a inscribirse en el plan de Blue Bottle Coffee, LLC para usted y sus dependientes (incluyendo a su cónyuge) debido a que tiene cobertura de otro seguro de salud o de otro plan de salud de grupo, usted o sus dependientes podrían inscribirse en un plan Blue Bottle Coffee, LLC sin tener que esperar hasta el próximo período de inscripciones, si usted:

Pierde el otro seguro de salud o la cobertura del plan de salud de grupo. Usted debe pedir inscribirse en los siguientes 30 días luego de perder la otra cobertura.

Obtiene un nuevo dependiente como resultado del matrimonio, el nacimiento, la adopción o la colocación de un niño en su hogar para su adopción. Usted puede solicitar la inscripción en un plan de salud en los siguientes 30 días luego del matrimonio, el nacimiento, la adopción o la colocación de un niño en su hogar para su adopción.

Pierde la cobertura de Medicaid o del programa de seguro médico para niños (CHIP) debido a que ya no es elegible. Usted debe solicitar la inscripción en un plan de salud en los siguientes 60 días luego de perder esa cobertura.

Si usted solicita un cambio debido a un evento que amerita una inscripción especial en el período de tiempo de 30 días, la cobertura se volverá vigente en la fecha del nacimiento, la adopción o la colocación del niño en su hogar para su adopción. Para todos los demás eventos, la cobertura se volverá vigente el primer día del mes luego de solicitar la inscripción. Además, usted podría inscribirse en el plan de salud del Blue Bottle Coffee, LLC si se vuelve elegible para un programa estatal de ayuda con las primas bajo Medicaid o CHIP. Usted debe solicitar la inscripción en los siguientes 60 días luego de que se vuelva elegible para la cobertura del plan de salud. Si solicita este cambio, la cobertura se volverá vigente el primer día del mes luego de solicitar la inscripción. Podrían existir ciertas restricciones específicas, dependiendo de las leyes federales y estatales.

Nota: Si su dependiente se vuelve elegible para los derechos de inscripción especial, usted podrá añadir a ese dependiente a su cobertura actual o cambiar a otro plan de salud.

Disponibilidad del aviso sobre las prácticas de privacidad

Nosotros mantenemos el aviso HIPAA sobre las prácticas de privacidad para Blue Bottle Coffee, LLC donde se describe qué tanta información médica sobre usted se puede usar y divulgar. Puede obtener una copia del aviso sobre las prácticas de privacidad, comunicándose con 510.350.3337

Aviso sobre la selección de proveedores

El plan Kaiser HMO generalmente exige la designación de un proveedor de atención primaria. Usted tiene derecho a designar a cualquier proveedor de atención primaria que participe en nuestra red y que esté disponible para aceptarlo a usted o a los miembros de su familia. Hasta que usted haga esta designación, el plan Kaiser hará la designación por usted. Para obtener información sobre cómo elegir a un proveedor de atención primaria y para ver una lista de los proveedores de atención primaria participantes, comuníquese con Kaiser al 800.464.4000.

Para los niños, usted puede designar un pediatra como el proveedor de atención primaria.

Usted no necesita la autorización previa del plan Kaiser ni de ninguna otra persona (incluyendo un proveedor de atención primaria) para tener acceso al cuidado de obstetricia o ginecología por parte de un profesional de la salud en nuestra red que se especialice en obstetricia o ginecología. Sin embargo, al profesional de atención médica se le podría exigir que cumpla con ciertos procedimientos, incluyendo obtener la previa autorización para ciertos servicios, seguir un plan de tratamiento pre-aprobado o que siga los procedimientos establecidos para hacer referencias. Para obtener una lista de los profesionales de la salud participantes que se especializan en obstetricia y ginecología, comuníquese con Kaiser al 800.464.4000.

Asistencia con las primas bajo Medicaid y el Programa de Seguro de Salud para Menores (CHIP)

Si usted o sus hijos son elegibles para Medicaid o CHIP y usted es elegible para cobertura médica de su empleador, su estado puede tener un programa de asistencia con las primas que puede ayudar a pagar por la cobertura, utilizando fondos de sus programas Medicaid o CHIP. Si usted o sus hijos no son elegibles para Medicaid o CHIP, usted no será elegible para estos programas de asistencia con las primas, pero es probable que pueda comprar cobertura de seguro individual a través del mercado de seguros médicos. Para obtener más información, visite www.cuidadodesalud.gov.

Si usted o sus dependientes ya están inscritos en Medicaid o CHIP y usted vive en uno de los estados enumerados a continuación, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado para saber si hay asistencia con primas disponible.

Si usted o sus dependientes NO están inscritos actualmente en Medicaid o CHIP, y usted cree que usted o cualquiera de sus dependientes puede ser elegible para cualquiera de estos programas, comuníquese con la oficina de Medicaid o CHIP de su estado, llame al **1-877-KIDS NOW** o visite espanol.insurekidsnow.gov para información sobre como presentar su solicitud. Si usted es elegible, pregunte a su estado si tiene un programa que pueda ayudarle a pagar las primas de un plan patrocinado por el empleador.

Si usted o sus dependientes son elegibles para asistencia con primas bajo Medicaid o CHIP, y también son elegibles bajo el plan de su empleador, su empleador debe permitirle inscribirse en el plan de su empleador, si usted aún no está inscrito. Esto se llama oportunidad de “inscripción especial”, **y usted debe solicitar la cobertura dentro de los 60 días de haberse determinado que usted es elegible para la asistencia con las primas.** Si tiene preguntas sobre la inscripción en el plan de su empleador, comuníquese con el Departamento del Trabajo electrónicamente a través de www.askebsa.dol.gov o llame al servicio telefónico gratuito **1-866-444-EBSA (3272)**.

Si usted vive en uno de los siguientes estados, tal vez sea elegible para asistencia para pagar las primas del plan de salud de su empleador. La siguiente es una lista de estados actualizada el 31 de julio de 2025. Comuníquese con su estado para obtener más información sobre la elegibilidad –

ALABAMA – Medicaid
Sitio web: http://myalhipp.com Teléfono: 1-855-692-5447
ALASKA – Medicaid
El Program de Pago de Alaska primas del seguro médico Sitio web: http://myakhipp.com Teléfono: 1-866-251-4861 Por correo electrónico: CustomerService@MyAKHIPP.com Elegibilidad de Medicaid: https://health.alaska.gov/dpa/Pages/default.aspx
ARKANSAS – Medicaid
Sitio web: http://myarhipp.com/ Teléfono: 1-855-MyARHIPP (855-692-7447)
CALIFORNIA – Medicaid
Health Insurance Premium Payment (HIPP) Program Sitio web: http://dhcs.ca.gov/hipp Teléfono: 916-445-8322 Fax: 916-440-5676 Por correo electrónico: hipp@dhcs.ca.gov
CAROLINA DEL NORTE – Medicaid
Sitio web: https://medicaid.ncdhhs.gov Teléfono: 919-855-4100
CAROLINA DEL SUR – Medicaid
Sitio web: https://www.scdhhs.gov Teléfono: 1-888-549-0820
COLORADO – Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) y Child Health Plan Plus (CHP+)
Sitio web de Health First Colorado: https://www.healthfirstcolorado.com/es Centro de atención al cliente de Health First Colorado: 1-800-221-3943 retransmisor del estado: 711 CHP+: https://hcpf.colorado.gov/child-health-plan-plus Atención al cliente de CHP+: 1-800-359-1991 retransmisor del estado: 711 Programa de compra de seguro de salud (HIBI, por sus siglas en inglés): https://www.mycohibi.com/ Atención al cliente de HIBI: 1-855-692-6442
DAKOTA DEL NORTE – Medicaid
Sitio web: http://www.hhs.nd.gov/healthcare Teléfono: 1-866-614-6005
DAKOTA DEL SUR- Medicaid
Sitio web: https://dss.sd.gov Teléfono: 1-888-828-0059
FLORIDA – Medicaid
Sitio web: https://www.flmedicaidtplrecovery.com/flmedicaidtplrecovery.com/hipp/index.html Teléfono: 1-877-357-3268
GEORGIA – Medicaid
Sitio web de GA HIPP: Medicaid https://medicaid.georgia.gov/health-insurance-premium-payment-program-hipp Teléfono: 678-564-1162, presiona 1 Sitio web de GA CHIPRA: https://medicaid.georgia.gov/programs/third-party-liability/childrens-health-insurance-program-reauthorization-act-2009-chipra Teléfono: 678-564-1162, presiona 2
INDIANA – Medicaid
Programa de pago de primas de seguro de salud Todos los demás son Medicaid Sitio web: https://www.in.gov/medicaid/ https://www.in.gov/fssa/dfr Administración de familias y servicios sociales Teléfono: 1-800-403-0864 Teléfono de servicios para miembros: 1-800-457-4584
IOWA – Medicaid y CHIP (Hawki)

Sitio web de Medicaid: <https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid>

Teléfono de Medicaid: 1-800-338-8366

Sitio web de Hawki: <https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/iowa-health-link/hawki>

Teléfono de Hawki: 1-800-257-8563

Sitio web de HIPP: <https://hhs.iowa.gov/programs/welcome-iowa-medicaid/fee-service/hipp>

Teléfono de HIPAA: 1-888-346-9562

KANSAS – Medicaid

Sitio web: <https://www.kancare.ks.gov/> | Teléfono: 1-800-792-4884 | Teléfono de HIPP: 1-800-967-4660

KENTUCKY – Medicaid

Sitio web del Kentucky Integrated Health Insurance Premium Payment Program (KI-HIPP):

<https://chfs.ky.gov/agencies/dms/member/Pages/kihipp.aspx>

Teléfono: 1-855-459-6328

Por correo electrónico: KIHIPPPROGRAM@ky.gov

Sitio web de KCHIP: <https://kidshealth.ky.gov/es/Pages/default.aspx> | Teléfono: 1-877-524-4718

Sitio web de Medicaid de Kentucky: <https://chfs.ky.gov/agencies/dms>

LOUISIANA – Medicaid

Sitio web de Medicaid de Louisiana: <https://www.ldh.la.gov/healthy-louisiana>

Línea de atención al cliente de Medicaid: 1-888-342-6207 | Correo electrónico: healthy@la.gov

Sitio web de Programa de Primas de Seguro Médico de Louisiana (LaHIPP): <https://www.ldh.la.gov/lahipp>

Teléfono LaHIPP: 1-877-697-6703 | Correo electrónico de LaHIPP: La.HIPP@la.gov | Fax de LaHIPP: 1-888-716-9787

Dirección postal de LaHIPP: 100 Crescent Centre Parkway, Suite 1000 Tucker, GA 30084

MAINE – Medicaid

Sitio web por inscripción: https://www.mymaineconnection.gov/benefits/s/?language=en_US

Teléfono: 1-800-442-6003 | TTY: Maine relay 711

Página Web por primos de seguro de salud privado: <https://www.maine.gov/dhhs/ofi/applications-forms>

Teléfono: 1-800-977-6740 | TTY: Maine relay 711

MASSACHUSETTS – Medicaid y CHIP

Sitio web: <http://www.mass.gov/masshealth/pa> | Teléfono: 1-800-862-4840 | TTY: 711

Por correo electrónico: masspremassistance@accenture.com

MINNESOTA – Medicaid

Sitio web: <https://mn.gov/dhs/health-care-coverage/> | Teléfono: 1-800-657-3672

MISSOURI – Medicaid

Sitio web: <https://www.dss.mo.gov/mhd/participants/pages/hipp.htm> | Teléfono: 573-751-2005

MONTANA – Medicaid

Sitio web: <http://dphhs.mt.gov/MontanaHealthcarePrograms/HIPP>

Teléfono: 1-800-694-3084 | Por correo electrónico: HSHIPPProgram@mt.gov

NEBRASKA – Medicaid

Sitio web: <http://www.ACCESSNebraska.ne.gov>

Teléfono: 1-855-632-7633 | Lincoln: 402-473-7000 | Omaha: 402-595-1178

NEVADA – Medicaid

Sitio web de Medicaid: <http://dhcfp.nv.gov> | Teléfono de Medicaid: 1-800-992-0900

NUEVO HAMPSHIRE – Medicaid

Sitio web: <https://www.dhhs.nh.gov/programs-services/medicaid/health-insurance-premium-program>

Teléfono: 603-271-5218 | Teléfono gratuito para el programa de HIPP: 1-800-852-3345, ext. 15218

Por correo electrónico: DHHS.ThirdPartyLiabi@dhhs.nh.gov

NUEVA JERSEY – Medicaid y CHIP

Sitio web de Medicaid: <http://www.state.nj.us/humanservices/dmahs/clients/medicaid/> | Teléfono: 800-356-1561
Teléfono de asistencia de prima de CHIP: 609-631-2392
Sitio web de CHIP: <http://www.njfamilycare.org/index.html>
Teléfono de CHIP: 1-800-701-0710 | TTY 711

NUEVA YORK – Medicaid

Sitio web: https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ | Teléfono: 1-800-541-2831

OKLAHOMA – Medicaid y CHIP

Sitio web: <http://www.insureoklahoma.org> | Teléfono: 1-888-365-3742

OREGON – Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://cuidadodesalud.oregon.gov/Pages/index.aspx> | Teléfono: 1-800-699-9075

PENSILVANIA – Medicaid

Sitio web: <https://www.pa.gov/en/services/dhs/apply-for-medicaid-health-insurance-premium-payment-program-hipp.html>
Teléfono: 1-800-692-7462
Sitio web de CHIP: <https://www.pa.gov/en/agencies/dhs/resources/chip.html>
Teléfono de CHIP: 1-800-986-KIDS (5437)

RHODE ISLAND – Medicaid y CHIP

Sitio web: <http://www.eohhs.ri.gov/>
Teléfono: 1-855-697-4347 o 401-462-0311 (Direct Rite Share Line)

TEXAS – Medicaid

Sitio web: <https://www.hhs.texas.gov/es/servicios/asistencia-financiera/programa-de-pago-de-las-primas-del-seguro-medico> | Teléfono: 1-800-440-0493

UTAH – Medicaid y CHIP

Utah's Premium Partnership for Health Insurance (UPP) Sitio web: <https://medicaid.utah.gov/upp/>
Por correo electrónico: upp@utah.gov | Teléfono: 1-888-222-2542
Sitio web de expansión para adultos: <https://medicaid.utah.gov/expansion/>
Sitio web de Programa de compra de Medicaid de Utah: <https://medicaid.utah.gov/buyout-program/>
Sitio web de CHIP: <https://chip.utah.gov/espanol/>

VERMONT– Medicaid

Sitio web: <https://dvha.vermont.gov/members/Medicaid/hipp-program> | Teléfono: 1-800-250-8427

VIRGINIA – Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/famis-select> o
<https://cubrevirginia.dmas.virginia.gov/learn/premium-assistance/health-insurance-premium-payment-hipp-programs> | Teléfono de Medicaid/CHIP: 1-800-432-5924

WASHINGTON – Medicaid

Sitio web: <http://www.hca.wa.gov> | Teléfono: 1-800-562-3022

WEST VIRGINIA – Medicaid

Sitio web: <https://dhhr.wv.gov/bms/> o <http://mywvhipp.com>
Teléfono de Medicaid: 304-558-1700 | Teléfono gratuito de CHIP: 1-855-MyWVHIPP (1-855-699-8447)

WISCONSIN – Medicaid y CHIP

Sitio web: <https://www.dhs.wisconsin.gov/badgercareplus/p-10095.htm> | Teléfono: 1-800-362-3002

WYOMING – Medicaid

Sitio web: <https://health.wyo.gov/healthcarefin/medicaid/programs-and-eligibility/> | Teléfono: 1-800-251-1269

Para saber si otros estados han agregado el programa de asistencia con primas desde el 31 de julio de 2025, o para obtener más información sobre derechos de inscripción especial, comuníquese con alguno de los siguientes:

Departamento del Trabajo de EE.UU.
Administración de Seguridad de Beneficios de los Empleados
www.dol.gov/agencies/ebsa/es/about-ebsa/our-activities/informacion-en-espanol
1-866-444-EBSA (3272)

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. Centros para Servicios de Medicare y Medicaid
www.cms.hhs.gov
1-877-267-2323, opción de menú 4, Ext. 61565

Declaración de la Ley de Reducción de Trámites

Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995 (Ley Pública 104-13) (PRA, por sus siglas en inglés), no es obligatorio que ninguna persona responda a una recopilación de información, a menos que dicha recopilación tenga un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés). El Departamento advierte que una agencia federal no puede llevar a cabo ni patrocinar una recopilación de información, a menos que la OMB la apruebe en virtud de la ley PRA y esta tenga un número de control actualmente válido de la oficina mencionada. El público no tiene la obligación de responder a una recopilación de información, a menos que esta tenga un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3507 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC). Además, sin perjuicio de ninguna otra disposición legal, ninguna persona quedará sujeta a sanciones por no cumplir con una recopilación de información, si dicha recopilación no tiene un número de control actualmente válido de la OMB. Consulte la Sección 3512 del Título 44 del Código de Estados Unidos (USC).

Se estima que el tiempo necesario para realizar esta recopilación de información es, en promedio, de aproximadamente siete minutos por persona. Se anima a los interesados a que envíen sus comentarios con respecto al tiempo estimado o a cualquier otro aspecto de esta recopilación de información, como sugerencias para reducir este tiempo, a la dependencia correspondiente del Ministerio de Trabajo de EE. UU., a la siguiente dirección: U.S. Department of Labor, Employee Benefits Security Administration, Office of Policy and Research, Attention: PRA Clearance Officer, 200 Constitution Avenue, N.W., Room N-5718, Washington, DC 20210. También pueden enviar un correo electrónico a ebsa.opr@dol.gov y hacer referencia al número de control de la OMB 1210-0137.

Descargo de responsabilidad de ACA

Esta oferta de cobertura puede descalificarlo de recibir subsidios del gobierno para un plan de Exchange, incluso si elige no inscribirse. Para ser elegible para el subsidio, debe establecer que esta oferta no es asequible para usted, lo que significa que la contribución requerida para la cobertura solo para empleados bajo nuestro plan base excede el 9.96% de 2026 de su ingreso familiar ajustado modificado.

Ley de Divulgación de Cobertura del Consumidor de Illinois

La Ley de Divulgación de Cobertura del Consumidor requiere que los empleadores notifiquen a los empleados de Illinois cuáles de los Beneficios de Salud Esenciales enumerados a continuación están y no están cubiertos por la cobertura de seguro de salud grupal proporcionada por el empleador. Consulte [Access to Care and Treatment Benchmark Plan](#) y [Pediatric Dental Plan](#) para hacer referencia a las páginas que se enumeran a continuación.

Nombre del empleador:	Blue Bottle Coffee, LLC			
Estado de ubicación del empleador:	California			
Nombre del emisor:	Cigna			
Nombre del plan de mercadeo:	Cigna HDHP y OAP			
Año del plan:	1/1/2026 – 12/31/2026			
Diez (10) categorías de beneficios esenciales de salud (Essential Health Benefit, EHB):				
<ul style="list-style-type: none"> • Servicios para pacientes ambulatorios (atención ambulatoria que recibe sin que le hayan dado ingreso en un hospital) • Servicios de emergencia • Hospitalización (como cirugía y estancias nocturnas) • Servicios de laboratorio • Servicios de salud mental (Mental Health, MH) y trastornos por consumo de sustancias (Substance Use Disorder, SUD), incluido el tratamiento de salud del comportamiento (esto incluye asesoramiento y psicoterapia) • Servicios pediátricos, incluida la atención bucal y de la vista (pero la cobertura dental y de la vista para adultos no son beneficios de salud esenciales) • Embarazo, maternidad y atención al recién nacido (tanto antes como después del nacimiento) • Medicamentos con receta • Servicios preventivos y de bienestar y manejo de enfermedades crónicas • Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación (servicios y dispositivos para ayudar a las personas con lesiones, discapacidades o afecciones crónicas a obtener o recuperar habilidades mentales y físicas) 				
Listado de beneficios esenciales de salud de Illinois (EHB) 2020-2025 (P.A. 102-0630)				
Ítem	Beneficios de EHB	Categorías de EHB	Página de referencia	¿Beneficio cubierto por el plan del empleador?
1	Lesión accidental—Dental	Ambulatorio	Págs. 10 y 17	Sí
2	Inyecciones y pruebas de alergia	Ambulatorio	Pág. 11	Sí
3	Audífonos osteointegrados	Ambulatorio	Págs. 17 y 35	Sí
4	Equipo médico duradero	Ambulatorio	Pág. 13	Sí
5	Cuidados paliativos	Ambulatorio	Pág. 28	Sí
6	Tratamientos para la infertilidad (fertilidad)	Ambulatorio	Págs. 23–24	Sí
7	Tarifa del centro para pacientes ambulatorios (por ejemplo, centro de cirugía ambulatoria)	Ambulatorio	Pág. 21	Sí
8	Médico de cirugía para pacientes ambulatorios/ Servicios quirúrgicos (servicios para pacientes ambulatorios)	Ambulatorio	Págs. 15–16	Sí
9	Enfermería privada	Ambulatorio	Págs. 17 y 34	No
10	Prótesis/órtesis	Ambulatorio	Pág. 13	Sí
11	Esterilización (vasectomía para hombres)	Ambulatorio	Pág. 10	Sí
12	Trastorno de la articulación temporomandibular (Temporomandibular Joint Disorder, TMJ)	Ambulatorio	Págs. 13 y 24	Sí
13	Servicios de la sala de emergencia (incluye emergencias de MH/SUD)	Servicios de emergencia	Pág. 7	Sí
14	Transporte/ambulancia de emergencia	Servicios de emergencia	Págs. 4 y 17	Sí
15	Cirugía bariátrica (obesidad)	Hospitalización	Pág. 21	Sí
16	Reconstrucción mamaria después de la mastectomía	Hospitalización	Págs. 24–25	Sí

17	Cirugía reconstructiva	Hospitalización	Págs. 25–26 y 35	Sí
18	Servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados (por ejemplo, estadía en el hospital)	Hospitalización	Pág. 15	Sí
19	Centro de enfermería especializada	Hospitalización	Pág. 21	Sí
20	Trasplantes—Trasplantes de órganos humanos (transporte y alojamiento incluidos)	Hospitalización	Págs. 18 y 31	Sí
21	Servicios de diagnóstico	Servicios de laboratorio	Págs. 6 y 12	Sí
22	Agente de reversión de opioides intranasal asociado con prescripciones de opioides	MH/SUD	Pág. 32	Sí
23	Tratamiento de salud mental (conductual) (incluyendo el tratamiento para pacientes hospitalizados)	MH/SUD	Págs. 8–9, 21	Sí
24	Tratamiento asistido médicamente con opioides (Opioid Medically Assisted Treatment, MAT)	MH/SUD	Pág. 21	Sí
25	Trastornos por consumo de sustancias (incluyendo el tratamiento para pacientes hospitalizados)	MH/SUD	Págs. 9 y 21	Sí
26	Telepsiquiatría	MH/SUD	Pág. 11	Sí
27	Medicamentos antiinflamatorios de uso tópico para el dolor agudo y crónico	MH/SUD	Pág. 32	Sí
28	Atención dental pediátrica	Cuidado pediátrico bucal y de la vista	Consulte el documento dental pediátrico de AllKids	No
29	Cobertura pediátrica de la vista	Cuidado pediátrico bucal y de la vista	Págs. 26–27	No
30	Servicios de maternidad	Embarazo, maternidad y atención al recién nacido	Págs. 8 y 22	Sí
31	Medicamentos con receta para pacientes ambulatorios	Medicamentos con receta	Págs. 29–34	Sí
32	Examen y detección del cáncer colorrectal	Servicios preventivos y de bienestar	Págs. 12 y 16	Sí
33	Servicios para la prevención del embarazo/control de la natalidad	Servicios preventivos y de bienestar	Págs. 13 y 16	Sí
34	Capacitación y educación para la autogestión de la diabetes	Servicios preventivos y de bienestar	Págs. 11 y 35	Sí
35	Suministros para diabéticos para el tratamiento de la diabetes	Servicios preventivos y de bienestar	Págs. 31–32	Sí
36	Mamografía—Detección	Servicios preventivos y de bienestar	Págs. 12, 15 y 24	Sí
37	Osteoporosis—Medición de la masa ósea	Servicios preventivos y de bienestar	Págs. 12 y 16	Sí
38	Pruebas de Papanicolaou/pruebas de antígeno prostático específico/prueba para el control del cáncer de ovario	Servicios preventivos y de bienestar	Pág. 16	Sí
39	Servicios de cuidado preventivo	Servicios preventivos y de bienestar	Pág. 18	Sí
40	Esterilización (mujeres)	Servicios preventivos y de bienestar	Págs. 10 y 19	Sí
41	Manipulación quiropráctica y osteopática	Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación	Págs. 12–13	Sí
42	Servicios de habilitación y rehabilitación	Servicios y dispositivos de rehabilitación y habilitación	Págs. 8, 9, 11, 12, 22 y 35	Sí
<p><i>Nota especial: En virtud de la Ley Pública 102-0104, vigente desde el 22 de julio de 2021, cualquier EHB enumerado anteriormente, que sea clínicamente apropiado y médicamente necesaria su provisión a través de los servicios de telemedicina, debe estar cubierto de la misma forma que cuando esos EHB se proveen de manera presencial.</i></p>				

Las Reglas "Sin Sorpresas"

Las reglas "sin sorpresas" lo protegen de facturas médicas inesperadas en situaciones en las que no puede elegir fácilmente un proveedor que esté en la red de su plan de salud. Esto es especialmente común en una situación de emergencia, cuando puede recibir atención médica de proveedores fuera de la red. Los proveedores fuera de la red o los centros de emergencia pueden pedirle que firme un aviso y formulario de consentimiento antes de brindar ciertos servicios después de que ya no necesite atención de emergencia. Estos son "servicios de posestabilización". No debe recibir este aviso y formulario de consentimiento si está recibiendo servicios de emergencia que no sean servicios de posestabilización. También pueden solicitar que firme un aviso y formulario de consentimiento si programa ciertos servicios que no son de emergencia con un proveedor fuera de la red en un hospital o centro quirúrgico dentro de la red.

El aviso y formulario de consentimiento le informa sobre sus protecciones contra facturas médicas inesperadas, le da la opción de renunciar a esas protecciones y pagar más por la atención fuera de la red, y proporciona una estimación de lo que podría costar su atención fuera de la red. No está obligado a firmar el aviso y formulario, no debe firmarlo si no tuvo la opción de elegir un proveedor o centro de atención médica antes de programar una cita de atención médica. Si no firma, es posible que deba reprogramar su cita de atención médica con un proveedor o centro dentro de la red de su plan de salud.

[Ver un ejemplo de aviso y formulario de consentimiento](#) (PDF).

Esto aplica a usted si es un participante, beneficiario, o individuo cubierto en un plan de salud grupal o individual, incluyendo un plan de salud para empleados federales (FEHB, por sus siglas en inglés).



Rev. 28 de January de 2026